*Uchwała nr: ..... /VII *Nr PWZ: | 2 | 8 | | | | | | |

*Nr Rejestru: | 2 | 8 | 3 | 0 | 2 | 8 | | | | | | |

WNIOSEK O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO[1] ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/ OKRĘGOWEGO REJESTRU POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ OKRĘGOWĄ RADĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W POZNANIU

Dane osobowe:

Nazwisko i imię (imiona):			
Nazwisko rodowe:			
Nazwisko poprzednie:			
Płeć:	☐ Kobieta	☐ Mężczyzna	
Imię ojca:			
Imię matki:			
Data urodzenia (rrrr-mm-dd):	☐☐☐☐ ..... ☐☐ ..... ☐☐		
Miejsce urodzenia:	Miejscowość:	Gmina:	Województwo:
Nr PESEL:	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐		
W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:	Nazwa dokumentu:		
	Numer dokumentu:		
	Kraj wydania:		
Obywatelstwo/a:			
Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej:	☐ uregulowany	☐ nieuregulowany	

Dane kontaktowe:

Adres miejsca zamieszkania:		
Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	

[1] Niepotrzebne skreślić

* Wypełnia pracownik Działu Rejestru OIPiP

Dane o wykształceniu:

Uzyskany tytuł zawodowy:	☐ pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana ☐ licencjat pielęgniarstwa ☐ magister pielęgniarstwa	☐ położna / położna dyplomowana ☐ licencjat położnictwa ☐ magister położnictwa
Nazwa ukończonej szkoły:		

Adres szkoły:		
Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	

Numer dyplomu/świadectwa:	
Miejscowość wydania dyplomu:	
Data wydania dyplomu:	☐☐☐☐ ..... ☐☐ ..... ☐☐
Rok ukończenia szkoły:	☐☐☐☐

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych

Miejscowość, data ..... Podpis .....

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłam(em) karana(y) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z zasadami etyki zawodowej mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu pielęgniarki /położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

Miejscowość, data ..... Podpis .....

Dane do korespondencji:

Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Kraj:
Adres e-mail	Numer telefonu	

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do korespondencji przez Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

☐ Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania newsletter-a Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

☐ Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania biuletynu właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych oraz obowiązku podania danych osobowych, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.).

Miejscowość, data ..... Podpis .....

Załączniki:

1) Kserokopia dyplomu oraz suplementu (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP) - oryginał do wglądu;
2) zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy lub lekarza uprawnionego (OIPiP w Poznaniu nie wystawia skierowań na badanie);
3) dwa zdjęcia dyplomowe o wymiarach 45 x 65 mm;
4) dokument tożsamości do wglądu.

Potwierdzenie odbioru zaświadczenia

(wypełnić i podpisać przy odbiorze prawa wykonywania zawodu)

Niniejszym potwierdzam odbiór:

☐ zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu numer:

Seria …… Nr ……

☐ uchwały nr …… z dnia ……

Oświadczam, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 916), **zobowiązuję się do:**

- postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu,
- sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe i przestrzegać uchwał organów izby,
- regularnie opłacać składkę członkowską (nie dotyczy osób zwolnionych z opłacania składek zgodnie z właściwą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych),
- z chwilą wpisania do rejestru zobowiązuje się do zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych w rejestrze, nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Data ..... Podpis .....

<u>Pouczenie:</u> Nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 916).